

HOSPITAL DO ULTRAMAR

Director: Dr. João Pedro de Faria

CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Médico-Chefe: Ludgero Pinto Basto

LUDGERO PINTO BASTO

e

ANTÓNIO CABRITA

O tratamento da obesidade na prática clínica

(Apresentação dos resultados de 120 casos tratados com o mesmo método)

SEPARATA DE «O MÉDICO»

N.º 266 — 1956

O tratamento da obesidade na prática clínica

**(Apresentação dos resultados de 120 casos tratados
com o mesmo método)**

O tratamento da obesidade na prática clínica ⁽¹⁾

É difícil estabelecer uma separação estanque entre factores endógenos e exógenos na produção da obesidade. Efectivamente, factores considerados puramente endógenos, como, por exemplo, as alterações hipotalâmicas, implicam na realidade mecanismos classificados como exógenos, no exemplo citado o aumento de ingressos alimentares através da exacerbação do apetite.

Consideraremos, portanto, os diversos factores que foram encarados como determinantes da obesidade, sem nos preocuparmos com classificá-los segundo aquela terminologia.

O valor calórico dos ingressos alimentares tem, como se sabe, uma indiscutível influência no estado de nutrição. Não existe obesidade sem que esse valor exceda o consumo energético do organismo. O regime alimentar é portanto um elemento essencial no problema da obesidade, como é universalmente reconhecido. Contudo, é também do conhecimento geral que a superalimentação não basta para que qualquer indivíduo se torne obeso. Daqui resulta a evidente necessidade de admitir a concorrência obrigatória de pelo menos um outro factor.

O grau de actividade física tem também inegável influência no estado de nutrição, mas a sua importância é muito menos decisiva do que a do regime alimentar. Basta lembrar que exercícios físicos de considerável magnitude consomem uma quan-

(1) Comunicação à 2.ª Reunião Luso-Espanhola de Endocrinologia em Novembro de 1955.

tidade de calorias insignificante em relação ao valor energético das dietas correntemente usadas para quaisquer indivíduos. Por outro lado, o exercício aumenta o apetite e, por consequência, a quantidade de alimentos ingeridos.

Relacionados com o regime alimentar e a actividade física, encontram-se factores de ordem psíquica que os condicionam, contribuindo para a produção e a manutenção da obesidade. Efectivamente todos temos observado que a gula de certos obesos é um obstáculo ao tratamento difícil de superar, que a personalidade ou a mentalidade doutros os impede de compreender e seguir as normas terapêuticas, que a apatia e a tendência para uma vida sedentária são factores adjuvantes num certo número de casos que, em outros, a superalimentação é consequência de suprirem com os prazeres da mesa a falta de outros interesses ou ocupações agradáveis. Não encontramos, porém, nos nossos casos aqueles factores psíquicos considerados actualmente como os mais importantes ou mesmo os únicos por uma grande corrente de clínicos nutricionistas americanos. Em nenhum deles fôí necessária a apurada técnica de análise psíquica e de psicoterápia proposta por esses clínicos para descobrir e eliminar complexos de dependência, de culpa, de frustração, de hostilidade, etc..

As glândulas de secreção interna foram consideradas entre os factores de maior importância; contudo, uma análise cuidadosa dos factos clínicos e experimentais da obesidade leva à conclusão de que elas não desempenham qualquer papel essencial na obesidade comum. Efectivamente não se descortinam na grande maioria dos obesos quaisquer sintomas ou sinais de endocrinopatia. Por outro lado, em nenhuma endocrinopatia se encontra obrigatoriamente um aumento de tecido adiposo que possa atribuir-se à disfunção glandular que está na base da doença. As glândulas endócrinas regulam seguramente a distribuição dos tecidos gordos no organismo, mas têm pouca ou nenhuma influência no aumento ou diminuição global desses tecidos. Assim as obesidades endócrinas classicamente consideradas não resistem a um exame crítico rigoroso.

Em primeiro lugar, o síndrome de Froelich é hoje integralmente imputada ao hipotálamo. O mixedema não pode considerar-se um estado de obesidade, dado que o aumento de peso não resulta dum acréscimo de tecido gordo e a evolução da doença pode decorrer mesmo com emagrecimento considerável. A própria adiposidade do «Cushing» não é obrigatória deste síndrome, que pode decorrer também com perda de peso notável. A engorda dos doentes de hiperinsulinismo não resulta directamente da sua perturbação endócrina, representando apenas uma conse-

quência do aumento do apetite, e portanto, da superalimentação, condicionada pelo excesso de insulina circulante. Não são constantes os estados de adipose que muitas vezes surgem nos síndromas de hipogonadismo, e, nos casos em que existem, resultam não da própria hipofunção mas da diminuição da actividade física condicionada por aquela.

Estes argumentos, evocados por nutricionistas das mais variadas escolas nos últimos anos, parecem-nos hoje difficilmente abaláveis.

A influência do sistema nervoso no estado de nutrição está actualmente estabelecida com fundamento em factos de ordem experimental e clínica.

O diencéfalo desempenha um papel preponderante, quer regulando o apetite, e portanto os ingressos alimentares, quer regulando a actividade física. O papel dos restantes sectores do sistema nervoso não se encontra tão bem definido, mas é de admitir que o próprio sistema nervoso periférico exerça uma influência considerável no metabolismo lipídico dos tecidos se tivermos em conta a existência de obesidades localizadas a determinadas regiões do organismo.

A existência de factores digestivos causadores dum melhor aproveitamento dos alimentos que conduzisse à obesidade está actualmente posta de parte em face dos resultados das investigações levadas a cabo nesse sentido. Pelo contrário, recentes estudos bioquímicos feitos em obesos põem em evidência perturbações do metabolismo intermediário que explicariam a acumulação de gordura. Essas perturbações, nomeadamente a dificuldade de catabolizar o ácido pirúvico, podem aliás estar na dependência do sistema nervoso, particularmente do hipotálamo.

O papel dos mecanismos enzimáticos na obesidade, postulado por alguns autores, está longe de ser esclarecido.

Desta rapidíssima revista dos factores etiopatogénicos da obesidade pode concluir-se:

1.º — Que o sistema nervoso, e em especial o diencéfalo, desempenha um papel essencial, por disposição constitucional (obesidade familiar) ou por alterações patológicas (traumatismos, doenças infecciosas ou degenerativas, etc.).

2.º — Que, como é óbvio, são necessários ingressos alimentares excessivos em relação ao consumo energético para que se produza a obesidade.

3.º — Que as glândulas de secreção interna são alheias à obesidade comum, objecto desta comunicação.

4.º — Que possivelmente a obesidade será condicionada por

perturbações do metabolismo intermediário, dependentes ou não do sistema nervoso.

Estas conclusões conduzem às normas habitualmente usadas no tratamento da obesidade:

- redução dos ingressos alimentares por restrições dietéticas;
- actuação sobre o diencéfalo estimulando o consumo energético pela tiroidina e inibindo o apetite pela benzedrina ou similares.



Para evitar uma muito brusca alteração dos hábitos alimentares dos nossos doentes, pensamos em iniciar o tratamento com uma dieta fundamentalmente qualitativa, suprimindo, ou reduzindo apenas, os alimentos que mais facilmente poderiam converter-se em gordura de depósito e permitindo o uso sem limitação dos restantes alimentos. Além disso, em alguns deles, por razões de ordem vária, prescindimos de qualquer medicação.

Reparámos, que, mesmo assim, estes doentes, submetidos apenas a restrições alimentares fundamentalmente qualitativas, perdiam sistematicamente peso. Daí o tentarmos generalizar a todos eles esta dieta, por tempo indefinido, associando-lhe, quando não havia contra-indicação, a tiroidina e os inibidores do apetite.

É evidente que este método de tratamento tinha as apreciáveis vantagens de evitar as penosas e incómodas limitações quantitativas da alimentação e a substituição dos alimentos habituais por sucedâneos insípidos ou desagradáveis ao paladar, que tantas vezes levam o doente a abandonar o tratamento.

Durante um período de 2 anos reunimos mais de 120 casos tratados segundo esta norma.

As indicações dietéticas que dávamos aos doentes consistiam apenas no seguinte:

- a) supressão total do açúcar e de alimentos com ele confeccionados (compotas, bolos, etc.), das farinhas e da manteiga;
- b) substituição do pão comum por pão integral, até 200 gramas;
- c) restrição severa dos restantes alimentos hidrocarbonados (batatas, arroz, massas, etc.);

- d) redução da gordura de tempêro e do sal;
- e) permissão, sem quaisquer restrições, de carnes e peixes magros, cozidos, grelhados ou assados; de hortaliças e saladas; de sopas de legumes e de carne magra; de frutas, excepto bananas e frutas secas e oleaginosas; de água, chá e café.

Duma maneira geral não foi prescrito qualquer suplemento vitamínico ou de qualquer outro factor nutricional, dado que a dieta que aconselhamos é suficientemente variada e rica nos princípios nutrientes essenciais.

Todos os doentes tratados, sem excepção, emagreceram em média mais de 1 kg por semana, no início do tratamento, e os que o prosseguiram com regularidade alcançaram baixas ponderais da ordem das dezenas de quilos. Em nenhum se manifestaram fenómenos secundários que levassem à necessidade de suspender o tratamento.

Não podemos apresentar dados numéricos precisos de todos os doentes por não nos ter sido possível coligir as respectivas fichas. Aqueles cujo registo ponderal pudemos compulsar são em número de 78. Os resultados obtidos nos restantes foram, no entanto, em tudo semelhantes aos deste grupo.

As idades dos indivíduos tratados, dos quais 80 % pertencem ao sexo feminino, estão compreendidas entre os 7 e os 75 anos. Propositadamente frizamos estes números extremos para salientar que a dieta foi perfeitamente tolerada pelos doentes idosos (em regra candidatos a intervenções cirúrgicas abdominais) e permitiu um crescimento e desenvolvimento corporal inteiramente normais nas crianças e nos jovens.

Em 6 crianças entre os 7 e os 13 anos, com suposto síndrome de Froelich por aparente hipogenitalismo resultante da acumulação de gordura na região púbica, verificou-se, a par da recuperação do aspecto normal dos órgãos genitais, uma impressionante modificação da conformação corporal, a ponto de assumirem um tipo somático diferente. Uma modificação somática idêntica foi observada em um adolescente com acentuada obesidade. Infelizmente, por razões estranhas à nossa vontade, não nos foi possível organizar a documentação fotográfica destes casos.

A maior redução ponderal foi obtida num jovem de 16 anos que perdeu 31,5 kg passando de 106,500 a 75 kg, em 7 meses de tratamento.

A média geral de redução de peso foi de 670 gramas por semana.

CONCLUSÕES

1.º — Esta série de casos mostra que na obesidade comum bastam medidas dietéticas fundamentalmente qualitativas para se obterem baixas ponderais consideráveis.

2.º — A associação a este tipo de dieta duma medicação inibidora do apetite e estimulante do metabolismo e da actividade física completa os resultados terapêuticos permitindo obter um emagrecimento satisfatório num prazo relativamente curto.

3.º — Este método de tratamento, não exigindo do doente sacrifícios difíceis de suportar nem conduzindo a estados de depauperamento físico ou de carência alimentar, assegura a continuidade do tratamento.

4.º — Não fazendo quaisquer restrições quanto ao valor calórico total da dieta, admitimos que as perdas de peso obtidas possam resultar do efeito dinâmico-específico das proteínas, predominantes na dieta, e doutras consequências da mudança, dos hábitos alimentares, tais como menor valor energético, em geral, dos alimentos utilizados, maior índice de saciedade e pior aproveitamento desses alimentos por razões de digestão e de absorção.

Julgamos que este problema merece ser ulteriormente estudado.

RESUMO

Depois de fazerem uma rápida revisão crítica dos conceitos etiopatogénicos da obesidade, os AA. enfileiram ao lado dos que consideram a obesidade, na enorme maioria dos casos, alheia a perturbações endócrinas.

O resultado do tratamento dos seus casos é mais uma confirmação da justeza deste ponto de vista e mostra ainda, que a tendência anabólica dos obesos pode combater-se quase sempre com meios exclusivamente dietéticos e que não são necessárias as penosas limitações quantitativas, no que se refere ao ingresso calórico total.

Estes 120 casos, na sua maioria da consulta de Endocrinologia do Hospital do Ultramar, foram todos tratados com dietas em que as restrições são quase exclusivamente qualitativas, quere dizer, à parte alguns alimentos proibidos ou restringidos a determinadas quantidades, aliás sem limitações ponderais rígidas, o doente pode ingerir a quantidade de alimentos que tiver na vontade.

Para acelerar o processo de emagrecimento, prescreveram-se em quase todos os casos inibidores do apetite do tipo da benzedrina ou seus similares dextrógiros. No entanto, verificou-se invariavelmente que isto não era indispensável para que os doentes perdessem peso.

Todos os doentes, sem excepção, emagreceram e nos jovens e crianças, muitos dos quais com suposto Froelich, houve uma impressionante modificação da conformação somática, cuja documentação fotográfica infelizmente não foi possível organizar.

Todos os doentes que prosseguiram o tratamento com regularidade, alcançaram baixas ponderais da ordem das dezenas de quilos (alguns deles 30 quilos e mais).

Em nenhum se manifestaram quaisquer fenómenos secundários que levassem à necessidade de interromper o tratamento.

Duma maneira geral, não foi prescrito qualquer suplemento de vitaminas, nem de nenhum outro factor nutricional, dado que a dieta que aconselhamos é suficientemente variada e rica nos princípios nutrientes essenciais.

As idades dos doentes tratados (80 % do sexo feminino) estavam compreendidas entre os 7 e os 75 anos. Propositadamente fizemos estes números extremos. A dieta foi perfeitamente tolerada pelos doentes idosos (em regra candidatos a intervenções cirúrgicas abdominais) e permitiu um crescimento e um desenvolvimento corporal inteiramente normais nas crianças e nos jovens.

RÉSUMÉ

Après avoir fait une brève révision critique des concepts étiopathologiques de l'obésité, les Auteurs sont partisans de ceux qui considèrent l'obésité, dans la plupart des cas, comme sans rapport avec les troubles endocriniens.

Le résultat du traitement le leurs cas est une nouvelle confirmation de la justesse de ce point de vue, et montre aussi que la tendance anabolique des obèses peut être combattue presque toujours par des méthodes exclusivement diététiques, et que les pénibles limites quantitatives ne sont pas nécessaires en ce qui concerne l'accès calorique total.

Ces 120 cas, presque tous pris dans les consultations d'Endocrinologie de l'Hôpital do Ultramar, ont tous été traités au moyen de diètes, dont les restrictions sont presque exclusivement qualitatives, c'est-à-dire que le malade peut absorber la quantité d'aliments qu'il désire, excepté quelques aliments interdits ou réduits à des quantités déterminées, autrement dit sans limites sévères.

Pour accélérer l'amaigrissement, on prescrit, dans la plupart des cas, des inhibiteurs de l'appétit, du type benzédrine ou des dextrogires semblables. Cependant, on a remarqué invariablement que cela n'était pas indispensable pour faire perdre du poids aux malades.

Tous les malades sans exception ont maigri: et chez les jeunes et les enfants, plusieurs d'entre eux atteints, croyait-on, de maladie de Froelich, il y eut une impressionante modification de la conformation sommatique, dont on n'a pu, malheureusement tirer une documentation photographique.

Tous les malades qui suivirent le traitement avec régularité,

ont atteint des pertes de poids de l'ordre de dizaines de Kilos (quelques uns 30 Kilos et davantage).

Il n'est apparu chez aucun d'entre eux le moindre phénomène secondaire obligeant à interrompre le traitement.

D'une façon générale, il n'a été prescrit aucun supplément de vitamines ni d'aucun autre produit nutritif, étant donné que la diète que nous conseillons est suffisamment variée et riche en principes nutritifs essentiels.

L'âge des malades traités (80 % de sexe féminine) variait de 7 à 75 ans. Nous avons recherché volontairement ces âges extrêmes. La diète a été parfaitement tolérée par les malades âgés (généralement des candidats aux interventions chirurgicales de l'abdomen), et elle a permis une croissance et un développement physique tout à fait normaux chez les enfants et les jeunes.

1956
TIP. SEQUEIRA, L.DA
PORTO

SEP. 606